

소득 총소득을 기재하십시오.(세금 혹은 비용 공제 전)

(지난 30일간 소득에 대한 증빙서류를 첨부하십시오)

<p>11 부/모의 직장명과 전화번호 ()</p>	<p>기타 가족 구성원의 소득</p>	<p>지난 30일간의 수령 금액</p>	<p>이 소득의 주인</p>
<p>12 지난 30일간의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ _____ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? * \$ _____</p>	<p>15 자녀 양육비</p>	<p>\$</p>	
<p>13 배우자 혹은 상기에 기재하지 않은 부/모(동거할 경우)의 직장명과 전화번호 ()</p>	<p>16 별거수당</p>	<p>\$</p>	
<p>14 지난 30일간의 배우자(혹은 자택에 살고 있는 부/모)의 총소득(세금 혹은 비용 공제 전)을 기입하십시오. \$ _____ 이 소득 중 자영업으로 벌인 소득은 얼마입니까? * \$ _____</p>	<p>17 사회보장금</p>	<p>\$</p>	
<p>*신청자나 신청자의 배우자(자택에 살고 있는 한 쪽 부/모)가 자영업을 하고 있을 경우, 기타 공제금이 받을 수 있습니다. 더 자세한 내용이나 신청서 작성에 도움이 필요하시면 1-877-KIDS-NOW로 전화하십시오.</p>	<p>18 실직수당</p>	<p>\$</p>	
	<p>19 투자수입/이자/배당금</p>	<p>\$</p>	
	<p>20 재향군인수당</p>	<p>\$</p>	
	<p>21 산업재해수당</p>	<p>\$</p>	
	<p>22 군인수당</p>	<p>\$</p>	
	<p>23 기타수당(설명 요)</p>	<p>\$</p>	
	<p>24 의료혜택을 신청하는 아동에 대해 지난 3개월간의 밀린 의료비가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p>		
	<p>*'예'일 경우, 당국이 검토해 주길 원하는 달들(months)에 대해 가족 전 구성원의 소득 명세서 사본을 송부해 주십시오.</p>		

의료보험 정보 자녀(들)에게 이미 다른 의료보험이 있을 경우 기재하십시오.

<p>25 A 신청 아동 중에 다른 의료보험을 갖고 있는 자녀가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p>	<p>25 B '예'라면 해당 의료보험으로 의사, 병원, x-레이(방사선과), 실험실 등을 의료혜택으로 받을 수 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p>	<p>26 A 귀자녀는 지난 4개월 내에 직장의료보험으로 의료혜택을 받은 적이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p>	<p>26 B '예'일 경우, 부양 가족에 대한 의료보험료는 50달러 미만이었습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/></p>
<p>27 위의 질문 중에서 '예'라고 답한 항(25 a, b 혹은 26 a, b)이 있으면 아동이 이용하는 해당 의료보험명이나 아동의 의료보험을 제공하는 직장명(고용주)을 기재하십시오.</p>			
<p>의료보험 회사 혹은 고용주</p>	<p>의료보험 약관 번호</p>	<p>의료보험 가입자명</p>	<p>의료보험 가입자의 소셜시큐리티 번호 (공개 의무는 없음)</p>

아동의 인종/민족 배경 (정보 제공 의무는 없음)

<p>문제가 되지 않으시면 자진해서 귀자녀의 인종 혹은 민족 배경을 알려 주시길 부탁드립니다. 이 정보는 의료혜택 자격 여부 파악에 사용되지는 않습니다.</p>	<p><input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 혹은 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 혹은 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 혹은 라티노계 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 혹은 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 기타 _____</p> <p>보건사회부에서 관할하는 모든 프로그램과 활동에 차별대우는 금지되어 있습니다. 아무도 해당인의 인종, 피부색, 신념, 정치적신념, 국적, 종교, 연령, 성별 혹은 장애 여부로 인해 이들 프로그램과 활동에 배제되어서는 아니됩니다.</p>
---	---

주의해서 읽은 후 서명하십시오

이 신청서는 **아동 의료혜택 신청서입니다**. 가족 구성원 중에서 보조금, 기본식품 혹은 기타 혜택을 이미 받고 있거나 신청하길 원하는 사람은 지역의 보사부(DSHS) 사무처(CSO)로 연락하십시오.

- 귀하에게 자격이 있을 경우, DSHS에서는 제공된 정보에 대한 입증 서류를 요구할 수 있습니다. 입증서류 입수에 대한 도움은 DSHS로 문의하십시오.
- 귀하에 대한 정보는 다른 주나 연방 기관에서 검토할 수 있습니다. 이 정보는 이민귀화국(INS)에 공개되지는 않습니다.
- 의료혜택을 신청하고 가입될 경우, 모든 의료지원 및 제 삼자 의료비 지불 등에 대한 귀하의 권리를 위상된 주정부에게 양도함을 의미합니다.
- DSHS에서는 귀자녀의 예방접종 기록부를 Child Profile Immunization Tracking System(아동예방접종 추적확인 제도)에 공개할 수 있습니다.

<p>선서와 서명 본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽었으며 이를 이해하였습니다. 본인은 위증시 처벌을 받는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보는 본인이 아는 바로는 진실하며, 정확하게 완성되었음을 선언합니다.</p>	<p>신청자의 서명 X _____ 날짜 _____</p>
--	--

신청서 제출 방법

<p>우편: Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45449 Olympia, WA 98504-5449</p>	<p>전화: 도움이 필요하거나 질문이 있으시면 아래로 전화하십시오. 1-877-KIDS-NOW. (1-877-543-7669)</p>
---	---

도움이 필요할 경우의 지역 연락처:



아동 의료혜택 신청서

이 신청서는 아동과 19세 미만의 심대를 위한 의료혜택 신청서입니다. 누구든지 아동을 대신해 본 신청서를 신청할 수 있으며, 아동 자신 스스로 신청할 수도 있습니다. **추후 정보는 제 1 내모만이 기재된 사람에게 우선히 드릴 것입니다.** 질문이 있으시거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하시면 1-877-543-7669로 전화하십시오. 기꺼이 도와드리겠습니다!

연필이 아닌 검정 혹은 파란색 펜으로 인쇄체로 기입하십시오. (추후 정보를 받을 부모, 보호자 혹은 연락처)

1 이름		가운데 이름 첫글자		성
2 거주지 주소		도로명	시	주 우편번호
3 우편물 우송 주소(상기와 다를 경우)		도로명	시	주 우편번호
4 전화번호 자택 () 직장 () 메시지 ()	5 영어를 구사하고 읽고 쓰는 데 어려움이 있습니까? 원하시는 언어나 서류 형식(예: 점자, 대형인쇄판)을 기재하십시오. _____ 통역관이 필요하십니까? (*예'라면 통역관을 통해 도와드리게 됩니다.) 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 사용 언어를 기입하십시오. _____		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	
	6 19세 미만의 자녀로서 진료/치료를 즉시 필요로 하는 아동이 있습니까? 가족 중에서 임신한 사람이 있습니까? *예'라면 임신부의 이름을 기재하십시오. _____		예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	
			예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	

신상정보

7 동거 가족명을 기입하십시오. (가족 인원을 기재할 여백이 더 필요할 경우 용지를 추가하십시오.)

성명 (이름, 가운데 이름, 성)	신청자와의 관계	생년월일 (월/일/년)	소셜시큐리티 번호 * = 공개 의무는 없음	성별 남/여	미시민권 소지 여부 예 아니오	시민권자가 아닌 자녀일 경우 아래를 완성하십시오.
A. 부/모, 보호자 혹은 신청자 본인			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	자녀의 신분상태를 입증할 수 있는 서류가 있습니까? 자녀의 미국 입국 일자 를 기재하십시오. 자녀에게 신분 보증인이 있습니까?
B. 배우자 혹은 상기에 기재되지 않은 한 쪽 부/모(자택에 살고 있을 경우)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	예 아니오 예 아니오
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. 동거인이지만(의료혜택을 원하지 않는) 성인이나 자녀가 있으면 기재하십시오.			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	주: 자녀의 신분을 입증할 수 있는 서류를 첨부하십시오.
			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

8 자택에 거주하는 19세 미만의 자녀로서 장애인 이 있습니까? 예 아니오
*예'라면 해당 자녀의 성명을 기재하십시오. _____

지출 비용 이 정보는 자녀의 의료혜택 자격에 도움을 줄 수 있습니다.

9 직장에 나가는 동안 지불하는 탁아비가 있습니까? 예 아니오 *예'라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____
직장에 나가는 동안 장애 성인을 위해 지불하는 비용이 있습니까? 예 아니오 *예'라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____

10 동거 중이 아닌 자녀를 위해 법원 명령으로 지불하는 양육비가 있습니까? 예 아니오 *예'라면 매달 얼마를 지불합니까? \$ _____